

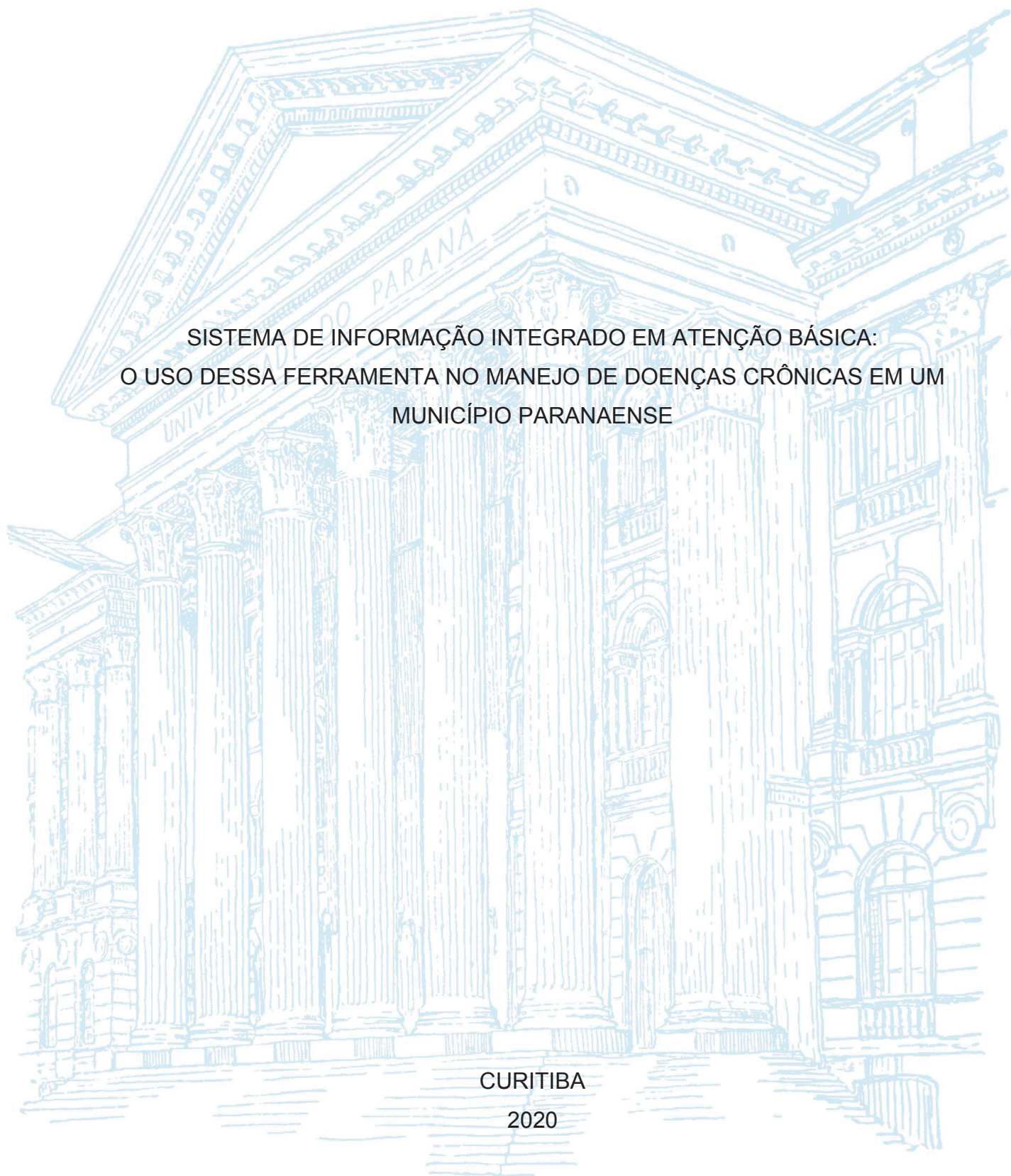
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA FLÁVIA MOREIRA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO INTEGRADO EM ATENÇÃO BÁSICA:
O USO DESSA FERRAMENTA NO MANEJO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM UM
MUNICÍPIO PARANAENSE

CURITIBA

2020



ANA FLÁVIA MOREIRA

SISTEMA DE INFORMAÇÃO INTEGRADO EM ATENÇÃO BÁSICA:
O USO DESSA FERRAMENTA NO MANEJO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM UM
MUNICÍPIO PARANAENSE

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Pós-graduação em Atenção Básica, Setor de Saúde, pela Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Profa. Sandra Mara Alessi

CURITIBA

2020

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a toda equipe do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica, da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Agradecimentos aos colegas médicos, ao Programa Mais Médicos e à minha orientadora, Profa. Sandra Mara Alessi, pela paciência, dedicação e ensinamentos.

Por fim, agradecimento especial à minha família, pelo suporte e apoio em todos os momentos.

RESUMO

Este projeto de intervenção foi elaborado após análise dos principais problemas enfrentados no território de atuação de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo o mau controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) os principais motivos que levam usuários a consultas médicas e considerando serem as doenças cardiovasculares as principais causas de adoecimento e morte no município de São Mateus do Sul, no estado do Paraná, quanto no Brasil. Trata-se de uma pesquisa-ação com enfoque nos doentes crônicos com HAS e DM por meio da criação de um sistema de informação integrado para funcionar em uma Estratégia de Saúde da Família. Objetiva-se criar este sistema de informação em plataforma digital conectada à internet veiculada à conta Google/Gmail com o intuito de acompanhar o usuário quanto à frequência de retornos em consultas médicas, realização de exames periódicos e risco social. Visa, ainda, acompanhar o tratamento e acompanhamento desses usuários, bem como manter o adequado controle da doença de base de maneira a diminuir as taxas de eventos adversos provenientes do tratamento irregular. Este projeto facilita o trabalho da equipe de saúde no sentido de planejamento de agenda de maneira otimizada, reduzindo a taxa de usuários sem assistência ou com abstinência em consultas periódicas, gestão de retornos e acompanhamento de exames complementares e possíveis encaminhamentos para assistência especializada, se necessário. Além disso, com o uso dessa tecnologia objetiva-se diminuir, à longo prazo, os índices de morbidade e mortalidade devido complicações dessas doenças, diminuindo os custos de medicações, exames complementares, atenção especializada e hospitalizações no município em estudo.

Palavras Chaves: Atenção Básica; Doença Crônica; Saúde da Família.

ABSTRACT

This intervention project was elaborated after analysis of the main problems faced in the territory of operation of a Family Health Strategy (FHS), with poor control of Systemic Arterial Hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM) being the main reasons that lead users to medical appointments and considering that cardiovascular diseases are the main causes of illness and death in the municipality of São Mateus do Sul, in the state of Paraná, and in Brazil. It is an action research with a focus on chronic patients with SAH and DM through the creation of an integrated information system to work in a Family Health Strategy. The objective is to create this information system on a digital platform connected to the internet, transmitted to the Google / Gmail account in order to monitor the user regarding the frequency of return visits to medical appointments, periodic examinations and social risk. It also aims to monitor the treatment and follow-up of these users, as well as maintain adequate control of the underlying disease in order to decrease the rates of adverse events arising from irregular treatment. This project facilitates the work of the health team in order to plan the schedule optimally, reducing the rate of users without assistance or with abstinence in periodic consultations, management of returns and follow-up of complementary exams and possible referrals for specialized assistance, if necessary . In addition, with the use of this technology, the objective is to reduce, in the long term, the rates of morbidity and mortality due to complications of these diseases, reducing the costs of medications, complementary exams, specialized care and hospitalizations in the municipality under study.

Keywords: Primary care; Chronic disease; Family health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 JUSTIFICATIVA	9
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo geral	13
1.2.2 Objetivos específicos.....	13
2 METODOLOGIA	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
3 DESENVOLVIMENTO	13
4 RESULTADOS.....	19
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
6 REFERÊNCIAS.....	20

1- INTRODUÇÃO

O presente estudo “SISTEMA DE INFORMAÇÃO INTEGRADO EM ATENÇÃO BÁSICA: O USO DESSA FERRAMENTA NO MANEJO DE HAS E DM2 EM UM MUNICÍPIO PARANAENSE” foi desenvolvido no município de São Mateus do Sul/PR. Segundo IBGE 2020 esta localidade conta 46.705 habitantes. O Índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 2010 foi de 0,719 sendo, portanto, considerado alto.

Ao analisarmos o Produto Interno Bruto (PIB), entre 2006 e 2010, segundo o IBGE, houve aumento de 51,1% passando de R\$ 412,2 milhões para R\$ 592,7 milhões. Este crescimento percentual foi inferior ao verificado no Estado que foi de 59,1%. A participação do Produto Interno Bruto (PIB) do município na composição do PIB estadual diminuiu de 0,30% para 0,27% no mesmo período. A diferença de proporção entre o PIB e o Índice Desenvolvimento Humano – IDH municipal reflete uma distribuição de renda desigual, justificando as mais de 13.200 pessoas em situação de pobreza, equivalente a 10,97% dessa população.

Ao todo, essa população é 50,36% masculina e 49,64% feminina. A predominância é da cor branca (84,68%) seguida pela cor parda (13,61%). Cerca de 62,60% residindo na região urbana e apenas 37,69% reside na região rural.

Quanto a distribuição etária dessa população, podemos observar a partir dos dados do Município no Censo de 2010, estar havendo um aumento de longevidade acima de 60 anos com diminuição do número de nascimentos. A taxa de fecundidade teve uma queda gradativa desde os dados de 1991 estando em 1,8 filhos por mulher em idade reprodutiva em 2010. Sabe-se que taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. Tal fato pode ser associado a determinação social, melhoria das condições de vida tais como urbanização crescente, redução da mortalidade infantil, melhoria do nível educacional, ampliação do uso de métodos contraceptivos, maior participação da mulher na força de trabalho e menor instabilidade de emprego.

Já a população acima de 65 anos aumentou, passando de 5,20% em 2000 para 6,66% em 2010. Neste município a esperança de vida ao nascer aumentou 6,2 anos nas últimas duas décadas, passando de 69,06 anos em 2000 para 75,29 em 2010, sendo que a esperança de vida ao nascer média para o estado é de 74,8 anos e, para o país, de 73,9 anos.

Quanto ao sistema de saúde, houve a implantação da Estratégia Saúde da Família no município de São Mateus do Sul no ano de 2008. O objeto de estudo deste projeto de intervenção é a população assistida por uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada em uma comunidade deste município, criada em 2009. Esta ESF capta usuários de outras duas vilas menores e, de acordo com o Plano Municipal de Saúde do Município de São Mateus do Sul/PR entre 2018-2021, atende um montante de 807 famílias, totalizando 2724 pessoas, sendo até a presente data a Unidade Básica de Saúde (UBS) com maior número de usuários do serviço nesse município.

A população inserida nesse território abrange moradores com excelentes condições de vida e maior grau de esclarecimento quanto ao processo saúde-doença. Por outro lado, também há moradores com maior grau de vulnerabilidade social e menos escolarização, sendo este o grupo que majoritariamente frequenta a UBS, bem como há um grupo menor de moradores com problemas sérios com drogas, abuso de álcool ou em regime de cerceamento de liberdade.

Os dados epidemiológicos mais recentes do território, são referentes ao período entre junho/2018 a novembro/2018. Todos os usuários da UBS pertencem ao meio urbano. Nesse período estavam registrados, 55 crianças menores de 2 anos, 293 adolescentes de 10 a 19 anos, 417 mulheres em idade fértil, 133 mulheres 50 a 69 anos e 398 homens de 20 a 59 anos. E até setembro de 2019, 83 idosos.

Com base no indicador 13 U da Avaliação do Sispacto de 2015/2016, as principais causas de morbidade da população do município de São Mateus do Sul são devido à Doenças Crônicas Não transmissíveis. A taxa de mortalidade prematura (<70anos) tem como destaque principal as causas devido a doenças do aparelho circulatório com 45,95%. Em segundo lugar as neoplasias ocupam 39,18% desse total e em terceiro lugar as doenças do aparelho respiratório com 14,86%. Em quarto lugar encontra-se o Diabetes Mellitus com 2,01%.

Seguindo o perfil de morbidade dessa população, os principais motivos que trazem moradores desse território às consultas médicas nesta UBS são Diabetes Mellitus 2 (DM2) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Segundo boletim presente do Plano Municipal de Saúde deste município entre 2018-2021 haviam registrados nessa UBS o total de 200 pessoas portadoras

de HAS, sendo 32% destes homens e 48 portadores de DM2 sendo 29,16% destes homens.

Atualmente não existe nessa ESF um plano para acompanhamento dos doentes crônicos, em especial portadores de HAS e DM2. Uma das grandes dificuldades em planejar um projeto de intervenção para atuar no combate e controle dessas comorbidades é a dificuldade de reconhecimento do doente vulnerável, sem acompanhamento adequado ou com doença descompensada. Atualmente as únicas fontes de informação quanto à estes doentes para uso da equipe da UBS, são os registros realizados por agentes comunitárias e anotados em cadernos, com informações genéricas em relação ao perfil epidemiológico da população. Ademais tais registros são fatalmente desatualizados visto a dificuldade da atualização diária destes dados, considerando os prontuários físicos (papel) serem um meio de registro defasado. Isso acarreta falta de informação útil para planejamento de meios de intervenção nessa comunidade.

O foco deste projeto de estudo recai no fato de não existir nessa ESF uma plataforma capaz de colher os dados referentes aos usuários com doenças crônicas como HAS e DM2 e dessa forma organizar a agenda de forma que este doente retorne em atendimento em um intervalo de tempo compatível com a sua condição de saúde.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios de saúde para a população. A hipertensão arterial representa importante risco para as doenças cardiovasculares e são preponderantes nas causas de mortalidade da população brasileira, assim como o DM tipo 2. Estas doenças apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Sendo assim, o uso de intervenções com auxílio de tecnologias, associadas a mudanças de estilo de vida, além do acompanhamento contínuo em redes de atenção básica se torna primordial para melhor controle das doença e menor potencial de complicações.

1.1 JUSTIFICATIVA

Os principais problemas enfrentados nessa UBS podem ser divididos em três categorias. A primeira relacionada à composição da equipe, referente ao número exíguo de profissionais que compõe a equipe. A segunda referente aos

problemas relacionamentos à falta de dados epidemiológicos repassamos à equipe da UBS para uso e auxílio nas atividades do dia-a-dia e planejamento. E a terceira categoria referente às doenças em si, ou seja, o quadro sanitário do território de vulnerabilidade social.

Após análise dos principais problemas passíveis de intervenção nessa comunidade, destaca-se os problemas de saúde causadores do maior número de busca por consultas médica. São estes relacionados às doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Estas também são as principais causas da morbimortalidade nessa população, devidos suas complicações, principalmente devido ao Infarto agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente vascular Cerebral Isquêmico (AVC isquêmico). Além disso a falta de um sistema de informação atualizado que nos auxilie no acompanhamento desses usuários dificulta o controle e acompanhamento destes doentes.

Analizando o contexto social e econômico em que esses usuários estão inseridos, podemos observar a origem dos problemas e as causas das dificuldades para o controle das doenças de base, enfoque aos portadores de HAS e a DM2. Geralmente são pessoas com vulnerabilidade social, desprovidos de todas as condições para satisfazer as necessidades de saúde, adultos ou idosos obesos, muitos trabalham e acreditam não ter tempo para dedicar aos cuidados com a saúde. Grande parte com poucos anos de escolarização e, por isso, não entendem a fisiopatologia da doença de base e de relacionar, por exemplo, a obesidade e a dieta inadequada como parte do problema, ou o funcionamento das medicações prescritas. Muitos não se atentam ao uso correto das medicações e às vezes nem mesmo sabem quais medicamentos estão tomando. Quanto aos idosos, outro problema crítico é o abandono ao idoso. A falta de suporte social e familiar que se responsabilize quanto aos cuidados de saúde deste doente provoca, muitas vezes, piora do quadro e descontrole da doença de base.

Segundo a *American College of Cardiology* (ACC) e a *American Heart Association* (AHA) (2017, E154) a principal recomendação para prevenir doenças Cardiovasculares é a promoção de um estilo de vida saudável ao longo da vida. Nesse sentido entra o consumo de dieta saudável que enfatize a ingestão de frutas, verduras, vegetais, cereais integrais e proteínas de origem animal ou vegetal, minimizando a ingestão de gorduras trans, carnes processadas, carboidratos

refinados e bebidas açucaradas. Além disso, a prática regular de exercícios físicos. Em caso de excesso de peso ou obesidade em adultos é aconselhado a restrição calórica para atingir as metas de IMC. Outro ponto importante apontado nos *guidelines* é uma abordagem de cuidados em equipe como estratégia para prevenção destas doenças como a análise de determinantes sociais de saúde que afetam o indivíduo. Ademais todo adulto entre 40 e 75 anos de idade deve ter seu risco cardiovascular avaliado para estimativa de risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica. Exames complementares são necessários, caso a caso, para auxílio no diagnóstico de doenças que aumentam esse risco, como dislipidemia ou diabetes. Em todas as consultas os usuários devem ser avaliados em relação ao uso do tabaco e aqueles que fazem uso devem ser assistidos e aconselhados a desistir do hábito.

Com o objetivo de atuar frente às principais doenças causadoras de risco cardiovascular, o Ministério da Saúde criou, em âmbito nacional, o programa Hiperdia. Este projeto destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS. Desse modo este programa orienta os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção e permite conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população.

Até o segundo semestre de 2019 este programa funcionava nessa ESF de modo que em dia do mês os pacientes crônicos (com HAS e DM2) eram convidados a vir à UBS participar de ações educativas como palestras ministradas por algum integrante da equipe ou convidado sobre algum tema relacionado à estas doenças e para retirada de medicações de uso contínuo para controle dessas morbidades. Este evento consistia em uma das medidas de controle da doença e de prevenção das complicações, além de ser uma boa oportunidade para captação de usuários com acompanhamento deficiente. Com a mudança da gestão da equipe e o início da pandemia de COVID 19, esses projetos foram sendo precarizados em todas as suas ações e, hoje, nem mesmo a entrega de medicamentos é realizada nesta UBS. Em

consultório percebe-se muitos pacientes sentindo falta desse serviço, principalmente da entrega de medicações. Isso se dá, pois, apesar desta UBS estar localizada em meio urbano, ainda é separada da cidade e longe da farmácia municipal do SUS. Muitos não possuem meio de transporte próprio para ir até a cidade e, devido à pandemia de COVID 19, muitos pacientes deixam de ir até a farmácia por medo de se infectarem pelo novo coronavírus no transporte público. Não obstante, isso acarretou um aumento notável na frequência de consultas de pacientes portadores de HAS e/ou DM2 em uso irregular de medicações e consequentemente doença mal controlada.

Vale lembrar que a situação mundial de saúde em que vivemos desde o início do ano de 2020 foge da realidade rotineira dos sistemas de saúde. Os serviços de saúde não estão habitualmente preparados para atender um grande volume de atendimentos simultaneamente, devido a isso a pandemia de Covid 19 gerou o colapso dos sistemas de saúde mundialmente. O Brasil, em especial, apresenta um problema estrutural de longa data, desde subfinanciamento do sistema de saúde, desorganização da gestão, além da falta de coordenação nacional. As consequências disso foram sentidas nos municípios brasileiros, em especial no município de São Mateus do Sul/PR, no atraso de orientação quando ao desenvolvimento de medidas de controle para a pandemia e organização do sistema de saúde. As equipes das UBS's ficaram, em um primeiro momento, desamparadas e consequentemente elaboraram às pressas métodos de combate ao novo vírus circulante. A interrupção do programa Hiperdia às pressas, sem o devido tempo para reestruturação de uma nova forma de aplicação do projeto, foi inevitável devido a necessidade de distanciamento social.

Atualmente, a atuação da equipe de saúde encontra-se limitada pois não foi implementado meio alternativo de conscientização da população sobre seus problemas de saúde, em especial HAS e DM2, além da falta de oportunidade de captação de usuários nos momentos de entrega de medicação, já que este programa não está sendo realizado. A criação de um sistema de informação que auxilie a equipe no acompanhamento dos pacientes portadores dessas doenças crônicas seria um passo importante para auxílio no controle dessas doenças nesse período de distanciamento interpessoal.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

- ✓ Implantar um sistema de informação integrado dentro da Unidade Básica de Saúde e compartilhado com a equipe, como estratégia para atuar frente às principais doenças que oferecem risco cardiovascular, em especial aos portadores de HAS e DM2.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Criar um sistema de informação para acompanhamento de doentes crônicos com HAS e DM2 em plataforma digital conectada à internet veiculada à conta Google/Gmail;
- ✓ Organizar o sistema em formato de planilha subdividida em categorias;
- ✓ Organizar o sistema para ser capaz de ser atualizada diariamente, permitir a identificação do paciente e classificar o usuário de acordo com o risco cardiovascular estimado além de plano de tratamento;
- ✓ Acompanhar o usuário quanto à frequência de retornos em consultas médicas, realização de exames periódicos e risco social como meio de atuar na prevenção e promoção de saúde e possíveis complicações.

2- METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação com enfoque nos doentes crônicos com HAS e DM2 por meio da criação de um sistema de informação integrado para funcionar em uma Estratégia de Saúde da Família. Visa acompanhar o tratamento e acompanhamento desses usuários, manter o adequado controle da doença de base de maneira a diminuir as taxas de eventos adversos provenientes do tratamento irregular. Dessa maneira este projeto de intervenção almeja auxiliar os profissionais da atenção básica no manejo de portadores dessas doenças crônicas, diminuir à longo prazo os índices de morbidade e mortalidade devido suas complicações, diminuindo os custos de medicações, exames complementares, atenção especializada e hospitalizações e aumentando a qualidade de vida desses usuários.

O projeto de pesquisa se iniciou com a identificação dos principais problemas enfrentados pela equipe dessa unidade básica de saúde (UBS).

Realizou-se levantamento da população adstrita e os principais motivos/problemas de saúde que trazem usuários para procura de atendimento nesta UBS. Tal levantamento de dados abrangeu também às condições de vida, moradia, acesso à saneamento básico e nível social dos moradores desse território. Estudou-se também os dados epidemiológicos do município de São Mateus do Sul. Número total de habitantes, IDH, taxa de fecundidade, esperança de vida, taxas de morbidade e mortalidade.

Após esta coleta de dados e pesquisa de opinião da equipe de saúde que atua nessa UBS, procurou-se identificar uma situação problema, passível de intervenção, a qual fosse relevante para os usuários dessa UBS e em conformidade com as necessidades do município. Durante esse estudo iniciou-se a pandemia de COVID-19, alterando a estrutura dos sistemas de saúde e mecanismos por meio dos quais funcionavam os mais diversos serviços de saúde. Considerando esse quadro, percebeu-se então um déficit no que diz respeito ao acompanhamento do doente crônico, com HAS e DM2, nesta unidade básica de saúde. Essa situação foi prejudicada pela interrupção dos programas que funcionavam nessa UBS, embasados no Programa Hiperdia do Governo Federal, devido a recomendação de isolamento social e evitar aglomerações, não sendo possível permanecer com o serviço de palestras mensais dedicadas a estes pacientes.

A partir disso e identificado o déficit no acompanhamento desses usuários, este projeto foi criado com o intuito de criar um sistema tecnológico, resolutivo e prático, para ser implementado na rotina de trabalho dessa UBS, como meio de reformular a maneira como é realizado o tratamento desses usuários nessa UBS.

Esse sistema funciona em plataforma eletrônica vinculada à conta Google/Gmail. Pode ser compartilhada entre os usuários que efetuarem login em suas contas, podendo ser alimentado com informações novas diariamente.

A plataforma se apresenta como duas tabelas. A primeira subdividida em 6 colunas. Identificação, contendo nome do usuário, data de nascimento, número do prontuário eletrônico e telefone de contato. Escore de risco cardiovascular de Framingham, Doença de base, Data da última consulta e Observação/Plano. Esta última coluna pode ser preenchida com informações relativas à possíveis encaminhamentos para atenção secundária como endocrinologista, cardiologista ou nefrologista, exames complementares solicitados e em aguardo ou outra informação

que o médico assistente ou enfermeira julguem relevantes para o caso.

A segunda tabela diz respeito ao retorno previsto desse paciente. Subdivide-se em 12 colunas, cada um relativa a um mês do ano (janeiro a dezembro) com o intuito de ser preenchida com o nome do usuário no mês previsto para retorno de acompanhamento.

O sistema funciona com o preenchimento diário desses dados por médicos ou enfermeiros. Durante o atendimento do paciente desse território, seja a partir de sua queixa principal ou a partir de dados clínicos ou laboratoriais, busca-se identificar o portador de HAS e DM2. Dessa forma insere-se esse usuário nesse sistema de informação integrado, plataforma google, a qual deve ficar aberta no computador do profissional de saúde de modo a facilitar seu manuseio. Faz-se isso a partir da opção “favoritos” presente da barra de ferramentas do navegador. Calcula-se a data esperada de retorno desse usuário de acordo com o plano de tratamento. Importante salientar que esse sistema deve ser corrigido quando do retorno do paciente, alterando a data estimada para próxima consulta e dados relativos ao seu risco cardiovascular, plano e observações para manter-se atualizado e dessa forma servir como método de acompanhamento.

Dito isso, cabe aos profissionais da UBS, verificarem mensalmente os pacientes que retornaram ou não para sua consulta prevista. Um sistema de cores auxilia o profissional a demarcar o paciente faltoso. O retorno do usuário deve ser avaliado. Cor verde equivale a paciente faltoso por um mês. Este deve ser redirecionado para a coluna do mês seguinte com seu nome grifado em verde. Cor amarela deve ser usada para o paciente faltoso pelo segundo mês consecutivo. Cor vermelha equivale ao paciente faltoso após três meses do previsto. Este paciente assinalado em vermelho deve ser alvo de busca ativa pelos agentes comunitários de forma a captar este usuário para consulta médica e assim, seguir com o tratamento regular e adequado para sua doença de base.

Para o ideal uso dessa tecnologia foi realizado o treinamento da equipe em reunião realizada nessa UBS para aperfeiçoamento do profissional e resolução de dúvidas. Além disso adaptação das máquinas (computadores) deixando fácil o acesso para a plataforma. A introdução dessa plataforma digital como ferramenta para melhora do atendimento ao doente crônico é recente, devido a isso reuniões seriadas são necessárias e previstas para serem realizadas semanalmente para que

todos os profissionais envolvidos sejam capazes de trabalhar em conjunto e possíveis falhas no método possa ser monitorada e corrigida.

A tabela abaixo, demonstra a estratégia de implementação deste sistema na rotina da UBS:

OBJETIVO	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO	ENVOLVIDOS	POPULAÇÃO ALVO/AMOSTRA	DATA	RECURSOS EDUCACIONAIS UTILIZADOS	LOCAIS DE DIVULGAÇÃO DOS RECURSOS EDUCACIONAIS
Sistema de informações compartilhado	Atualização semanal do banco de dados	1 hora	Médicos, enfermeira chefe e agentes comunitários	Hipertensos e diabéticos	Diário/mensal	Plataforma compartilhada Google	UBS

3- DESENVOLVIMENTO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte no Brasil. Em 2013, 29,8% dos óbitos do país foram por estas causas. A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem-se nos seus principais fatores de risco. No Brasil, a HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar (SBC, 2014).

A Hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica multifatorial. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellito (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SBC, 2014).

O objetivo quando se fala em tratamento desses pacientes deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de fatores de risco associados, por meio da modificação do estilo de vida (MEV) e/ou uso regular de medicamentos. Sabe-se que as estratégias para prevenção do

desenvolvimento da HA e DM englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação (SBC, 2014).

Com o intuito de aprimorar os serviços de saúde novas tecnologias passaram a ser incorporadas para auxiliar na dinâmica dos processos. Um exemplo foi a criação do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), em 1998, pelo Departamento da Atenção Básica/Secretaria da Atenção à Saúde, em parceria com o Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS). As informações que compõe o banco de dados do SIAB são coletadas nos domicílios em áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ESF. Tais informações são recolhidas por meio de fichas de cadastramento e de acompanhamento que devem ser analisadas com base em relatórios específicos, sendo esse instrumento utilizado dentro do espaço de uma Unidade Básica de Saúde para realizar a vigilância epidemiológica em saúde (CARRENO I., 2015). Neste sistema isso se dá a partir da alimentação de um sistema de informações com dados dos usuários do território em questão, referentes a descrição da realidade socioeconômica, a situação de adoecimento e morte da população adscrita, avaliando assim os serviços e as ações de saúde a fim de contribuir para o monitoramento da situação de saúde em áreas geográficas definidas (BITTAR T., 2010).

O uso de tecnologias ligado às práticas médicas proporciona maior agilidade, eficácia e eficiência ao processo de tomada de decisões, ao processo terapêutico e uma melhora sensível nos níveis de atenção às populações carentes (BITTAR T. 2010). Além disso outros benefícios potenciais encontram-se no retorno positivo de investimentos, eficiência de comunicação, coordenação de cuidados no contexto da prática clínica e resultados no cuidado dos pacientes crônicos (SANTOS A., 2017).

Considerando tais benefícios, muitas pesquisas têm sido feitas sobre a evolução da metodologia das tecnologias em saúde, em especial a evolução dos sistemas de informação e suas questões operacionais. Sabe-se que quanto maior a gama de informações disponíveis por uma ferramenta, mais fáceis, completos e seguros se tornam o planejamento e a elaboração de estratégias para a educação e a promoção da saúde, visando diminuir as iniquidades (BITTAR T., 2010). Além disso, a qualidade do processo de implementação é tão importante quanto a

qualidade do sistema que está sendo executado. É fundamental o treinamento do profissional que fará uso da ferramenta a ser implementada, a realização de projetos pilotos e gestão de tecnologia de informação assim garantindo a usabilidade do sistema de informação em saúde (SANTOS A., 2017).

Um estudo transversal realizado em 2017 analisou a incorporação de tecnologias de informação e comunicação e a qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. Os resultados apontam que poucas equipes de atenção básica possuem um grau alto de incorporação dessas tecnologias, no entanto, quando se analisa os centros urbanos do país ou municípios com melhor nível socioeconômico, esse processo se apresenta mais acelerado. Observou-se que, de um modo geral, há uma associação entre qualidade da assistência e incorporação de tecnologias de informação em saúde (SANTOS A., 2017). Portanto, avançar no processo de incorporação dessas tecnologias no país pode contribuir para o aperfeiçoamento da prestação de serviços na atenção básica.

Ainda sobre as doenças crônicas responsáveis pelo aumento do risco cardiovascular e risco de morte, o Ministério da Saúde criou em 2001 o plano de reorganização de atenção ao cliente com hipertensão arterial e diabetes mellitus, com o objetivo de reestruturar o atendimento aos portadores dessas doenças, proporcionando um atendimento resolutivo e de qualidade na rede pública de serviços de saúde. Objetiva-se a identificação, cadastramento e vinculação das equipes de atenção básica aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Implantar, na atenção básica, o protocolo de assistência ao portador de HA e DM além de realizar ações de vigilância epidemiológica para o monitoramento sistemático da ocorrência desses agravos na população. Seguindo esses preceitos criou-se nas unidades básicas de saúde o programa Hiperdia com a realização de ações de prevenção primária (redução e controle de fatores de risco) (MS, 2001). Com o início da pandemia de COVID 19 houve uma necessária reestruturação dos atendimentos nos serviços de saúde e, infelizmente, parte das ações em saúde voltadas ao adequado acompanhamento do usuário com HAS e DM deixou de acontecer nessa UBS em enfoque nesse estudo.

Considerando a prevalência das doenças cardiovasculares no Brasil e o impacto na saúde do cidadão e da sociedade como um todo, além dos benefícios potenciais advindos do uso da tecnologia integrado às práticas médicas, esse

projeto propõe reformular a forma como é realizado o acompanhamento do doente crônico com HAS e DM2, baseados nos preceitos propostos no programa Hiperdia, por meio de um sistema de informação integrado e compartilhado para ser usado pela equipe de uma Unidade Básica de saúde, considerando as adaptações necessárias devido a pandemia de COVID19.

4- RESULTADOS

Em consideração à interrupção das atividades relativas ao acompanhamento ao doente crônico com HAS e DM2 nessa unidade e como tentativa de contornar as limitações impostas pela pandemia da COVID19, o objetivo desse projeto, é reinventar a forma como é realizado o acompanhamento desse usuário nessa UBS, com base nos princípios do programa Hiperdia do Ministério da Saúde.

O sistema de informação para acompanhamento de doentes crônicos com HAS e DM2 foi criado em plataforma digital veiculada à conta Google/Gmail. Consiste em planilha subdividida em categorias, capaz de ser atualizada diariamente, conforme o atendimento a estes usuários. Vale lembrar que tal plataforma pode ser utilizada de maneira gratuita não interferindo nas despesas financeiras da UBS.

O enfoque desse projeto facilitou o trabalho da equipe de saúde no sentido de planejamento de agenda de maneira otimizada, reduzindo a taxa de usuários sem assistência ou com abstinência em consultas periódicas, gestão de retornos e acompanhamento de exames complementares e possíveis encaminhamentos para assistência especializada, se necessário.

Este projeto atendeu aos princípios do SUS em especial ao que diz respeito à equidade e longitudinalidade, visto que conseguirá administrar de maneira mais eficaz os agendamentos de consulta, captar o paciente faltoso, em especial de moderado à alto risco cardiovascular e guiar a busca ativa quando necessária. Além disso este projeto é pensado para o trabalho em uma Estratégia de Saúde da Família, logo a longitudinalidade, acompanhamento do usuário ao longo do tempo, priorizando acompanhamento pela mesma equipe e médico assistente, é essencial para atingir as metas à longo prazo. Ademais o presente projeto atende às diretrizes da atenção básica principalmente no que concerne a territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, coordenação do cuidado e resolutividade.

Com o uso dessa tecnologia, objetivou a longo prazo reduzir as taxas de eventos adversos e/ou mortes devido a complicações de doenças crônicas como HAS e DM2 no município de São Mateus do Sul/PR.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os esforços de uma equipe de saúde frente aos problemas enfrentados no território de atuação, além da cooperação para a prática de novos projetos a serem implementados, refletem diretamente na qualidade de vida e saúde da população atendida por essa ESF.

Este projeto visa trazer uma nova perspectiva para o tratamento ao doente crônico em meio à um período em que a forma de se fazer o serviço de saúde teve que ser repensado e readaptado. Com o advento das novas vacinas para o combate ao vírus Sars-coV-2 espera-se a longo prazo que, nessa ESF, alguns serviços realizados previamente à pandemia, como palestras de conscientização da população, possam retornar. É fundamental o estímulo aos usuários sobre seu próprio papel no processo saúde-doença como protagonistas de sua melhora clínica.

A mescla de um sistema informatizado que otimize o acompanhamento do usuário com doenças crônicas, em especial HAS e DM, com um atendimento interpessoal e troca de conhecimentos relativos às doenças de base, fatores de risco e abordagens de tratamento, torna mais completo o atendimento a este cidadão provocando um impacto positivo na promoção de saúde e prevenção de complicações.

6- REFERÊNCIAS

Bittar, T. O., Meneghim, M. de C., Mialhe, F. L., Pereira, A. C., & Fornazari, D. H. **O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde**. UPF, 2010. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/675>>. Acesso em 17/01/2021.

CARRENO, Ioná; MORESCHI, Claudete; MARINA, Bruna; HENDGES, Deise Juliana Beckel; REMPEL, Claudete; OLIVEIRA, Monica Celestina de. **Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)**. SIAB,

2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n3/947-956/pt/>>. Acesso em 17/01/2021.

Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. 2017. Disponível em: <<https://www.jacc.org/doi/pdf/10.1016/j.jacc.2017.11.006>>. Acesso em 14/02/2021.

Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_plano.pdf>. Acesso em 17/01/2021.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos; SOBRINHO, Délcio Fonseca; ARAUJO, Lucas Lobato; PROCÓPIO, Cristiane da Silva Diniz; LOPES, Érica Araújo Silva; LIMA, Angela Maria de Lourdes Dayrell de; REIS, Clarice Magalhães Rodrigues dos; ABREU, Daisy Maria Xavier de; JORGE, Alzira Oliveira; MATTA-MACHADO, Antonio Thomaz. **Incorporação de tecnologias de informação e comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil.** SCIELO, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n5/e00172815/>. Acesso em 17/01/2021.

Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial/SBC. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em 17/01/2021.